

# Obesidad: alternativas al paradigma pesocéntrico y patologizante. Primera entrega

Obesity: alternatives to the weight-centric and pathologizing paradigm. First part

Nicole Crimer<sup>a</sup> , Juliana Camoirano<sup>a</sup> , Alejandrina Lo Sasso<sup>a</sup> 

## Resumen

Si bien para los médicos la obesidad es una palabra técnica, para muchas personas tiene la implicación de un largo sufrimiento en relación a su cuerpo. Históricamente, la medicina tradicional se ha comportado como una barrera en la atención a las personas con exceso de peso debido a la gordofobia y a una perspectiva reduccionista pesocentrista. Es preocupante que las ciencias y prácticas de la salud aún tengan esta mirada sobre la gordura, ya que supone un sesgo que impide que las personas sean atendidas integralmente, vulnerando sus derechos en nombre de una preocupación médica y anteponiendo el descenso de peso frente a otras necesidades de los pacientes.

Este artículo, si bien intenta modestamente abrir una reflexión filosófica sobre el cuerpo, la medicina hegemónica y la enfermedad, también tiene como objetivo brindar herramientas técnicas y no técnicas para abordar la obesidad desde otro lugar.

En esta primera entrega, desarrollaremos el abordaje integral de la persona con cuerpo gordo. La segunda entrega estará enfocada en los tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y quirúrgicos de la obesidad.

## Abstract

Although obesity is a technical word for doctors, it implies long-term suffering in relation to their bodies for many people. Historically, traditional medicine has behaved as a barrier in caring for people with excess weight due to fatphobia and a weight-centric reductionist perspective. It is worrying that health sciences and practices still have this view of fatness, since it implies a bias that prevents people from being thoroughly cared for, violating their rights in the name of medical concern and putting weight loss before other patients' needs.

This article modestly attempts to open a philosophical reflection about the body, hegemonic medicine, and disease, while also aiming to provide technical and non-technical tools to approach obesity.

In this first part, we will explain the comprehensive approach to the person with a fat body. The second part will focus on pharmacological, non-pharmacological, and surgical treatments for obesity.

Palabras clave: Obesidad, Prejuicio de Peso, Atención Dirigida al Paciente. Keywords: Obesity, Weight Prejudice, Patient Centered Care.

Crimer N, Camoirano J y Lo Sasso A.. Obesidad: alternativas al paradigma pesocéntrico y patologizante. Primera entrega. Evid Actual Pract Ambul. 2023;26(3):e007088. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I4.7088>.

## Nota del lenguaje

Teniendo en consideración la crítica del activismo gordo a los términos sobrepeso, exceso de peso y obesidad, por ser patologizantes y estigmatizantes, es que este texto utilizará expresiones como cuerpo gordo, persona gorda y gordura. Sin embargo, en algunas ocasiones utilizaremos la palabra obesidad sin que esto sea sinónimo de enfermedad, por la dificultad de encontrar otra palabra técnica adecuada y acorde a la literatura médica disponible. Además, de igual modo que escribimos en publicaciones anteriores, para simplificar la comprensión del texto, cuando se hable en singular o plural, se hará en el lenguaje vigente, utilizando el masculino considerado como neutro. Si bien es nuestro deseo estar al día con la evolución lingüística e ideológica de igual representación de mujeres, hombres y disidencias en los textos médicos, creemos que por ahora no existe una solución ideal que nos permita ofrecer un texto claro para la comunidad hispano hablante.

## Introducción

Si bien para la comunidad científica la 'obesidad' es una palabra técnica, para muchas personas tiene una implicancia de un largo sufrimiento en relación con su cuerpo. Detrás del término obesidad hay un individuo cuyo cuerpo es gordo u obeso y que no necesariamente quiere escuchar ese discurso medicalizante sobre su cuerpo, sin tratarse esto de una mirada negadora. Los

pacientes suelen estar cansados de los consejos médicos paternalistas en relación con su peso, en donde todos sus problemas se deben pura y exclusivamente a la obesidad (como por ejemplo, la fatiga o el dolor de rodillas). Esto es lo que se conoce como sesgo reduccionista pesocentrista, el cual impide que el médico reflexione sobre otros diagnósticos diferenciales, más allá de la gordura como única causa de los problemas. A su vez, el sesgo gordofóbico crea contextos negativos para la atención ya que las experiencias de maltrato promueven la desconfianza hacia el equipo de salud, deterioran el vínculo terapéutico y contribuyen a que esta población evite las consultas.

El objetivo de este artículo es ampliar la mirada y considerar a la obesidad en algunos casos como un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), en otros como una enfermedad y, a veces, como característica propia del paciente que no le trae ningún problema de salud. Sabemos que este enfoque puede no gustarle a algunos lectores pero lo vamos a defender porque creemos que abre una perspectiva de mayor libertad para los cuerpos.

## La cultura gordofóbica y la expulsión de los obesos por parte del sistema de salud

### ¿Qué es la gordofobia?

La gordofobia<sup>1</sup> se trata de un tipo específico de discriminación profundamente complejo y absolutamente naturalizado. Describe

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. [nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar](mailto:nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar), [juliana.camoirano@hospitalitaliano.org.ar](mailto:juliana.camoirano@hospitalitaliano.org.ar), [alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar](mailto:alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar)



todas aquellas prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, rechazan e implican la obstaculización o la vulneración de los derechos de las personas bajo el pretexto de la gordura.

### ¿A qué nos referimos cuando hablamos de perspectiva pesocentrista?

La perspectiva pesocentrista se trata de una concepción reduccionista de la salud porque concibe al peso como un indicador suficiente para segregar entre personas 'sanas' y 'enfermas', sin detenerse a considerar otros aspectos que hacen a la salud integral. Asume a los flacos como sanos y a los gordos como enfermos, con perjuicio para ambos grupos. Además, esta mirada es simplista y estigmatizante porque considera a la gordura no como un posible FRCV, sino como una enfermedad en sí misma, anulando una aún extensa controversia al respecto.

En el año 2013, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) relevó que las personas con obesidad y/o sobrepeso se encontraban entre los cuatro primeros grupos que experimentaron discriminación, después de aquellos marginados por situación socioeconómica, color de piel y país de origen<sup>2</sup>.

### ¿Se debería cambiar el término 'obesidad'?

El artículo '¿Deberíamos cambiar la palabra obesidad?'<sup>3</sup> menciona que esta definición genera un estigma que etiqueta a las personas gordas como perezosas, descuidadas, poco inteligentes y poco atractivas. La Comisión de Diabetes y Endocrinología de la revista Lancet también pone en discusión la continuidad de la palabra 'obesidad' como diagnóstico ya que no transmite el mensaje de la complejidad de la 'enfermedad' y le da forma a la personificación de un estigma. Los autores no llegan a una conclusión homogénea, en parte porque no encuentran un nuevo término que represente a la enfermedad como tal (¿será que es una enfermedad?, se preguntan muchos...), y en parte porque el índice de masa corporal (IMC) se sigue utilizando como único punto de corte de tratamientos médicos de una situación siempre compleja. Lo que sí reflexionan de manera unánime es la necesidad de mejorar el acceso a una atención médica integral que no discrimine por peso, del mismo modo que lo hacemos en esta publicación.

### ¿Por qué está en controversia el índice de masa corporal?

En relación a este tema, cabe mencionar el origen del índice de masa corporal (IMC)<sup>4</sup>: en el siglo XIX, Adolphe Quetelet, un matemático belga creó la relación matemática y escala utilizando datos de adultos varones predominantemente europeos. Durante sus estudios sugirió no extrapolar el índice a otras poblaciones. Años más tarde, el fisiólogo Ancel Keys, reintrodujo el IMC como una medida para considerar indicadores de salud. En la actualidad, expertos en el tema cuestionan su uso, no solo porque sus orígenes comprometen la validez externa, sino que además no tiene en cuenta la composición corporal (grasa versus músculo) ni la distribución del tejido adiposo (central versus periférica). De hecho, podría ser racista y sexista ya que al usar principalmente hombres blancos como población inicial de estudio no sabemos si al tratar de extrapolar sus conclusiones se han creado normas y expectativas inadecuadas para las mujeres y las personas de diferentes etnias.

Por su lado, en 2011 Iliya Gutin publicó un artículo sobre el IMC y su uso en la actualidad<sup>5</sup>. Si bien desarrolla cómo es que el índice es estigmatizante y nicho de las creencias sobre la responsabilidad personal (es decir, el gordo es gordo por su culpa), también explica por qué no debiera 'simplemente' descartarse. En el artículo se menciona: 'si bien el IMC está lejos de ser un biomarcador perfecto, no se puede ignorar la gran cantidad de eviden-

cia que documenta fuertes asociaciones entre el IMC y múltiples dimensiones de la salud'. Pero agrega: 'tampoco se puede ignorar la discrepancia entre la definición literal de IMC, basada en la altura y el peso, y la medida en que el IMC se utiliza como sustituto de innumerables procesos de salud'. Por último, propone el uso del IMC 'solo como un número' y explica: 'esto no significa que un enfoque de biomarcadores para conceptualizar el IMC sea defectuoso; más bien, es limitado. Todas las medidas sanitarias son 'solo números' hasta que están imbuidas de significado clínico. El IMC está plagado de muchas suposiciones y creencias, muchas de las cuales se extienden más allá del ámbito de la biomedicina. Es una medida válida del tamaño corporal que capta las características físicas del individuo y cómo estas cualidades se asocian con la salud a través de numerosos mecanismos, tanto biofisiológicos como psicosociales'.

Por todo esto es que creemos que el desafío en la práctica cotidiana es poner en tensión el sentido común que, por un lado, afirma que la delgadez es sinónimo de salud-bienestar-éxito-felicidad y, por el otro, continúa creyendo que quienes están fuera del IMC recomendable se encuentran necesariamente enfermos. En resumen, el peso de una persona no se correlaciona directamente con su salud. Que aún haya profesionales que tengan esta mirada se vuelve preocupante y peligroso ya que genera prácticas y discursos que, a través de la patologización, profundizan el estigma social.

### Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad es uno de los problemas de mayor prevalencia a nivel mundial. Hoy en día se la considera una pandemia y se calcula que el 40% de la población mundial tiene exceso de peso y el 13%, obesidad<sup>6</sup>. Estos enunciados tan rígidos sobre la diada obesidad=enfermedad nos resuenan en contraposición con la mirada reflexiva sobre el cuerpo que se viene exponiendo. Sin embargo, estos números son útiles para evidenciar que la obesidad es un tema complejo, multifactorial y que no puede abordarse con enunciaciones simplistas del tipo: 'el problema es la educación', 'el problema es la pobreza', 'el problema es el consumo', 'el problema es la industria alimentaria', etcétera. Consideramos que la comunidad científica debiera ser más humilde y cauta al atribuir causalidad y sobre todo evitar culpabilizar a las personas en el consultorio.

### Etiología y fisiopatología

Como se menciona en el libro 'Factores de riesgo cardiovascular. Un abordaje desde la toma de decisiones compartidas. Tomo II'<sup>7</sup>, ya en 1760 Edinburg enunció 'no todos los gordos son grandes comedores ni todos los delgados comen poco'. Este concepto, además de ser correcto, es imprescindible para desterrar el mito de que los gordos son gordos solo porque comen en exceso. En las personas con obesidad, el ingreso de calorías supera al gasto calórico y esto se acumula en forma de tejido adiposo, pero esto no ocurre solamente por un elevado ingreso sino por un bajo gasto o la combinación de ambos. Hoy se sabe que en esta población el metabolismo de los alimentos ocurre de una manera diferente, probablemente relacionado a lo que la literatura médica denomina como 'menos eficiente'. La fisiopatología de la obesidad está modulada de manera variable por factores socioambientales, emocionales, endócrinos, genéticos y metabólicos. En cuanto a los **factores socioambientales**, con la incorporación de las distintas tecnologías a la vida diaria, la población es cada vez más sedentaria, aunque la evidencia disponible no ha podido evidenciar causalidad. Por su parte, el **factor emocional** no cuenta con literatura científica seria que pueda demostrar

que las personas son gordas porque comen cuando se angustian, como la creencia popular lo menciona. Dentro de los **factores endócrinos**, el hipotiroidismo manifiesto y el síndrome de Cushing determinan un aumento de peso importante que revierte con el tratamiento. Ambas entidades representan menos del 1 % de las causas de obesidad. De igual manera, hay que tener en cuenta que ciertos medicamentos como antidepresivos, corticoides, insulinas y sulfonilureas pueden provocar aumento de peso. En cuanto a los **factores genéticos**, en las personas gordas se reconoce la mutación del gen de leptina, una proteína producida por los adipocitos que interactúa con receptores específicos hipotalámicos regulando la ingesta, la saciedad y el gasto energético. En cuanto a las **alteraciones metabólicas**, se asume que el metabolismo de las personas con obesidad es menos eficiente y su cuerpo está programado para tener un peso determinado que, según el parámetro de lo considerado normal o sano, es elevado. A esta programación se la denomina *set point* metabólico. Cuánto de cada factor y de qué manera influye en que cada persona tenga el cuerpo que tiene en cada momento de su vida, es algo muy complejo de determinar.

### Abordaje

Tradicionalmente se ha usado el IMC casi como única medida para diagnosticar la obesidad. Sin embargo, como comentamos antes, en la actualidad se encuentra en discusión el uso de esta medida antropométrica como único valor en cuanto a su validez diagnóstica y más aún, su sensibilidad y especificidad como FRCV. Existen otras herramientas que pueden utilizarse en el marco de la evaluación de la obesidad. El perímetro de cintura (PC) se obtiene midiendo al paciente de pie con una cinta métrica a la altura de la última costilla flotante (aproximadamente dos dedos por encima del ombligo), lo que permite detectar a las personas con obesidad visceral. Esta se considera cuando el PC es mayor a 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres. Esto es importante porque para varios autores la obesidad central es un marcador de riesgo más específico para enfermedad cardiovascular que la obesidad en general. Por otra parte, también puede medirse el perímetro máximo de cadera (PMC) a nivel de los glúteos. Este parámetro sería ligeramente protector en relación con el desarrollo de enfermedad cardiovascular si uno lo contrapone con el PC. En este sentido, se ha desarrollado un indicador de riesgo cardiovascular denominado índice cintura/cadera que, según algunos autores, es la variable más sensible y específica para determinar el riesgo cardiovascular (RCV) basado en el peso. Se calcula dividiendo el PC por el PMC y se considera que existe un muy alto RCV cuando es  $\geq 1,03$  en los varones y  $\geq 0,95$  en las mujeres. De este modo, quedarían establecidos dos grupos de personas con gordura: aquellas metabólicamente saludables y aquellas metabólicamente no saludables.

Las personas con obesidad y/o sobrepeso que no toman medicación antihipertensiva, tienen una tensión arterial sistólica menor a 130 mmHg, no tienen diabetes y tienen un índice cintura/cadera  $< 1,03$  en los varones y  $< 0,95$  en las mujeres, pueden considerarse metabólicamente saludables y tienen el mismo RCV que aquellas personas que no tienen ni sobrepeso ni obesidad. Esta propuesta surge habiendo analizado estudios prospectivos de seguimiento de cohortes a lo largo de muchos años. Los obesos metabólicamente sanos representan entre el 20 % y el 40 % del total de los pacientes con sobrepeso y obesidad. De todas maneras, lo que sí forma parte del debate es que esta categoría no parece ser algo estable ya que muchas personas con obesidad metabólicamente saludable pueden eventualmente desarrollar parámetros metabólicos alterados, lo que conlleva un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad con el tiempo.

A pesar de esto, creemos que es un concepto novedoso y hace visible la complejidad del tema que estamos abordando.

Entonces, realizar el diagnóstico de obesidad parecería una tarea sencilla. Sin embargo, y en concordancia con lo detallado previamente, pesar y medir para calcular el IMC no sería lo único para hacer antes de sacar una conclusión o hacer un diagnóstico. Lo complejo de la situación se encuentra en conocer qué paciente se tiene enfrente, cuál es su historia de vida, si tiene FRCV, si hace ejercicio, de qué trabaja, cómo es su alimentación, etcétera. Y, quizás más importante aún, es primordial evaluar si nuestro paciente quiere abordar ese diagnóstico, si desea trabajar sobre su peso y si puede hacerlo en este momento. Para resolverlo, cuando la consulta es por control de salud, proponemos iniciar la entrevista como hacemos con todos los pacientes, con una escucha activa y una intervención inicialmente pasiva. ¿Qué queremos decir? Escuchar cuál es la agenda del otro: es posible que allí se mencione o no el tema del peso. En el caso de que se mencione, podremos ofrecer nuestro abordaje. En el caso de que no se haga, primero pediremos consentimiento para pesar y medir, conociendo que una respuesta negativa ya nos pone un límite. Si el paciente desea ser pesado y se arriba al diagnóstico de sobrepeso u obesidad mediante el IMC (recordar que es una medida inicial y que no necesariamente define si el paciente está sano o enfermo), proponemos informar los valores y preguntarle cómo se siente con su peso y con su cuerpo. En personas con normo o bajo peso, explorar cómo se sienten en relación a su cuerpo también es una práctica valiosa. No nos detendremos en este punto porque escapa a los objetivos de este artículo.

Es importante considerar que muchos pacientes obesos, y también no obesos, mencionarán que están preocupados por su peso. Es nuestra tarea discernir si es una inquietud propia o impuesta por los modelos hegemónicos de belleza. También nos corresponde evaluar si esta intranquilidad se relaciona con temas de salud, con la imagen corporal, con la conducta alimentaria o con los numerosos etcéteras que pueden surgir en una consulta en la cual se realiza una valoración contextual más allá de la medición del peso.

### Comentario final

Argentina ocupa el segundo país a nivel mundial en prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria<sup>8</sup> y si nos guiamos por el IMC, más del 60 % de los adultos tienen exceso de peso y, de ellos, el 25,3 % tienen obesidad<sup>9</sup>. Todos estos trastornos combinan en su etiología factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Tener alta prevalencia de estos problemas no sorprende ya que vivimos en una cultura que rinde tributo a los cuerpos delgados y discrimina aquellos obesos. Por este motivo, resulta imperativo que cada quien, desde su rol en la sociedad se cuestione qué dice, qué hace y qué deja de decir y hacer para perpetuar estas condiciones.

Por otro lado, si bien existen recomendaciones fuertes para pesar y medir a niños y adultos —para la Fuerza de Tareas Preventivas de los EE.UU. es una recomendación de grado B<sup>10,11</sup>—, esto no soslaya la pertinencia de ser insistentes sobre la necesidad de considerar los sentimientos, valores y deseos del paciente en abordar este aspecto de su salud antes de realizar cualquier intervención y recordar que las personas siempre pueden negarse a que una práctica sea realizada. Proponemos, entonces, que antes de pesar a un paciente se le realice una pregunta sencilla del tipo: ‘¿cómo te sentirías si yo te pesara? ¿Es algo que te interese hacer?’. Trabajar a partir de las respuestas (tanto verbales como no verbales) seguramente será enriquecedor para ambas partes.

Como profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de cuidar, es decir, proveer los tratamientos necesarios en los procesos de salud-enfermedad de nuestros pacientes. Sin embargo,

también debemos cuidarlos de los potenciales daños de la medicina, en particular, de las prácticas que se basan en los antiguos, pero vigentes, dogmas hegemónicos.

**Fuente:** Este material fue adaptado del capítulo 'Obesidad' del tomo II del libro 'Factores de riesgo cardiovascular. Un abordaje desde la toma de decisiones compartidas', Kopitowski K, Mutchinick M, Rubinstein E, del-hospital ediciones, Buenos Aires, 2023.



Programa de Educación Continua  
en Salud Familiar, Ambulatoria y  
Comunitaria organizado por el Servicio  
de Medicina Familiar y Comunitaria  
y el Instituto Universitario del  
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 04/09/2023 Aceptado el 11/09/2023  
y Publicado el 22/09/2023.

## Referencias

1. Corporalidades diversas: de mandatos, narrativas y deconstrucciones. Inclusivela, la revista del INADI. 2021;2(4):6–9. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/inadi-revista-inclusive-n4.pdf#page=12>.
2. Mouratian P. Mapa nacional de la discriminación. 2nd ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI; 2014.
3. McCall B. ¿Debemos cambiarle el nombre a la obesidad?; 2023. Available from: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5911323>.
4. Byrne C. The BMI Is Racist And Useless. Here's How To Measure Health Instead; 2020. Available from: [https://www.huffpost.com/entry/bmi-scale-racist-health\\_!\\_5f15a8a8c5b6d14c336a43b0](https://www.huffpost.com/entry/bmi-scale-racist-health_!_5f15a8a8c5b6d14c336a43b0).
5. Gutin I. BMI is Just a Number: Conflating Riskiness and Unhealthiness in Discourse on Body Size. *Sociol Health Illn*. 2021;43(6):437–1453.
6. Obesidad y sobrepeso; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [Last access: 2023-09-11].
7. Kopitowski K, Mutchinick M, Rubinstein E. Un abordaje desde la toma de decisiones compartidas. Buenos Aires: delHospital Ediciones; 2023.
8. Martínez ME. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de la licenciatura en nutrición. Buenos Aires, Argentina: Licenciatura en Nutrición. Universidad ISALUD; 2023. Available from: <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/569>.
9. 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019. Available from: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf).
10. US Preventive Services Task Force . Obesity in Children and Adolescents: Screening; 2017. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-children-and-adolescents-screening>.
11. US Preventive Services Task Force. Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions; 2018. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-interventions>.

